

**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

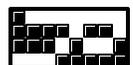
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 5000000000



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

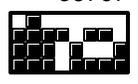
7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

38767



## ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

### ¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- |   |                                   |                                       |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Está es mi primera visita aquí.   | <input type="radio"/> 1 a 2 meses | <input type="radio"/> Más de 1 año    |
| <input type="radio"/> He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. | <input type="radio"/> 3 a 5 meses | <input type="radio"/> 6 meses a 1 año |

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

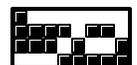
### Como resultado de los servicios que recibí:

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mí arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 5000000001



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

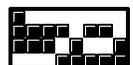
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 0 2



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

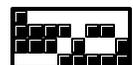
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

EJEMPLO:

Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:    

1	1
---	---

 -    

--	--

 -    

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

5	0	0	0	0	0	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0    0    0    0    0    0    0    0    0    0

1    0    0    1    1    1    1    1    1    1

2    0    0    2    2    2    2    2    2    2

3    0    0    3    3    3    3    3    3    3

4    0    0    4    4    4    4    4    4    4

5    0    0    5    5    5    5    5    5    5

6    0    0    6    6    6    6    6    6    6

7    0    0    7    7    7    7    7    7    7

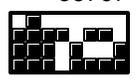
8    0    0    8    8    8    8    8    8    8

9    0    0    9    9    9    9    9    9    9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mí arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 3 a 5 días
  - Más de 10 días
  - No me acuerdo
  - 2 días
  - 6 a 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

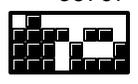
9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

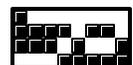
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
1	1	-	1	1	-	1	1	1	1
2	2	-	2	2	-	2	2	2	2
3	3	-	3	3	-	3	3	3	3
4	4	-	4	4	-	4	4	4	4
5	5	-	5	5	-	5	5	5	5
6	6	-	6	6	-	6	6	6	6
7	7	-	7	7	-	7	7	7	7
8	8	-	8	8	-	8	8	8	8
9	9	-	9	9	-	9	9	9	9

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento → 

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 2. Llene los círculos que corresponden }
 

0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
1	1	-	1	1	-	1	1	1	1
2	2	-	2	2	-	2	2	2	2
3	3	-	3	3	-	3	3	3	3
4	4	-	4	4	-	4	4	4	4
5	5	-	5	5	-	5	5	5	5
6	6	-	6	6	-	6	6	6	6
7	7	-	7	7	-	7	7	7	7
8	8	-	8	8	-	8	8	8	8
9	9	-	9	9	-	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  1  1  1  1  1  1  1  1  
 2  2  2  2  2  2  2  2  2  
 3  3  3  3  3  3  3  3  3  
 4  4  4  4  4  4  4  4  4  
 5  5  5  5  5  5  5  5  5  
 6  6  6  6  6  6  6  6  6  
 7  7  7  7  7  7  7  7  7  
 8  8  8  8  8  8  8  8  8  
 9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

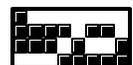
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-				
0	0	0		0	0		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	4		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	7
8	8	8		8	8		8	8	8	8
9	9	9		9	9		9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento



04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
0	●	0		0	●		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	●		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	●
8	8	8		8	8		8	8	●	8
9	9	9		9	9		9	●	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

5	0	0	0	0	0	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**

- Ref     Imp     Lan     Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

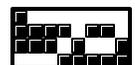
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

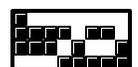
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
1	1	-	1	1	-	1	1	1	1
2	2	-	2	2	-	2	2	2	2
3	3	-	3	3	-	3	3	3	3
4	4	-	4	4	-	4	4	4	4
5	5	-	5	5	-	5	5	5	5
6	6	-	6	6	-	6	6	6	6
7	7	-	7	7	-	7	7	7	7
8	8	-	8	8	-	8	8	8	8
9	9	-	9	9	-	9	9	9	9

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento → 

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  1  1  1  1  1  1  1  1  
 2  2  2  2  2  2  2  2  2  
 3  3  3  3  3  3  3  3  3  
 4  4  4  4  4  4  4  4  4  
 5  5  5  5  5  5  5  5  5  
 6  6  6  6  6  6  6  6  6  
 7  7  7  7  7  7  7  7  7  
 8  8  8  8  8  8  8  8  8  
 9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

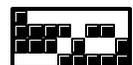
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

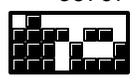
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  
 2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  
 3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  
 4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  
 5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  
 6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  
 7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  
 8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  
 9  0  0  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

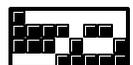
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continúe a la siguiente página...*



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--	--

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--

0

1

2

3

4

5

6

7

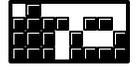
8

9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

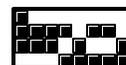
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continúe a la siguiente página...*

50 - Y - SP - 500000011



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	●	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

38767



## ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

### ¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Como resultado de los servicios que recibí:

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  
 [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
- EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  
 04 - 30 - 1987
1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: [ 1 ] [ 1 ] - [ ] [ ] - [ 2 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 3 ]

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

0  0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  1

2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  2

3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  3

4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  4

5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  5

6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  6

7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  7

8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  8

9  0  0  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

[ 5 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 1 ] [ 2 ]

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

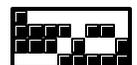
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000014



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

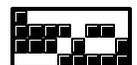
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000015



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:    

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0    0    0    0    0    0    0    0    0    0

1    0    0    1    1    1    1    1    0    0

2    0    0    2    2    2    2    2    0    0

3    0    0    0    0    0    0    0    0    0

4    0    0    4    4    4    4    4    0    0

5    0    0    0    0    0    0    0    0    0

6    0    0    0    0    0    0    0    0    0

7    0    0    7    7    7    7    7    0    0

8    0    0    0    0    0    0    0    0    0

9    0    0    0    0    0    0    0    0    0

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año  
 ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. ○ 3 a 5 meses ○ 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

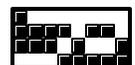
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respeto.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

 1. Escriba la fecha de nacimiento  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

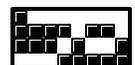
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000017



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	1	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



## ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

### ¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- |   |                                       |                                    |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Está es mi primera visita aquí.   | <input type="radio"/> 1 a 2 meses     | <input type="radio"/> Más de 1 año |
| <input type="radio"/> He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. | <input type="radio"/> 3 a 5 meses     |                                    |
|   | <input type="radio"/> 6 meses a 1 año |                                    |

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

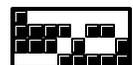
### Como resultado de los servicios que recibí:

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 1 8



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

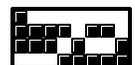
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continúe a la siguiente página...*



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	1	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

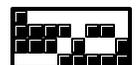
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.                       Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.                       Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

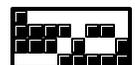
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

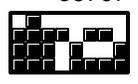
7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- | Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) |   |   |
|----------------------------------|---|---|
|                                  |   |   |
| 0                                | 0 | 0 |
| 1                                | 1 | 1 |
| 2                                | 2 | 2 |
| 3                                | 3 | 3 |
| 4                                | 4 | 4 |
| 5                                | 5 | 5 |
| 6                                | 6 | 6 |
| 7                                | 7 | 7 |
| 8                                | 8 | 8 |
| 9                                | 9 | 9 |

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)		
0	4	3
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

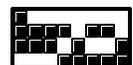
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

 1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  1  1  1  1  1  1  1  1  
 2  2  2  2  2  2  2  2  2  
 3  3  3  3  3  3  3  3  3  
 4  4  4  4  4  4  4  4  4  
 5  5  5  5  5  5  5  5  5  
 6  6  6  6  6  6  6  6  6  
 7  7  7  7  7  7  7  7  7  
 8  8  8  8  8  8  8  8  8  
 9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

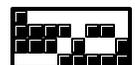
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>											
1	<input type="radio"/>											
2	<input type="radio"/>											
3	<input type="radio"/>											
4	<input type="radio"/>											
5	<input type="radio"/>											
6	<input type="radio"/>											
7	<input type="radio"/>											
8	<input type="radio"/>											
9	<input type="radio"/>											

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.                       Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.                       Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.                       Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>											
1	<input type="radio"/>											
2	<input type="radio"/>											
3	<input type="radio"/>											
4	<input type="radio"/>											
5	<input type="radio"/>											
6	<input type="radio"/>											
7	<input type="radio"/>											
8	<input type="radio"/>											
9	<input type="radio"/>											

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- |   |                                       |                                    |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Está es mi primera visita aquí.   | <input type="radio"/> 1 a 2 meses     | <input type="radio"/> Más de 1 año |
| <input type="radio"/> He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. | <input type="radio"/> 3 a 5 meses     |                                    |
|   | <input type="radio"/> 6 meses a 1 año |                                    |

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

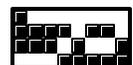
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continúe a la siguiente página...*

50 - Y - SP - 500000025



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

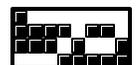
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  
 2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  
 3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  
 4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  
 5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  
 6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  
 7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  
 8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  
 9  0  0  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

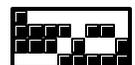
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 2 7



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

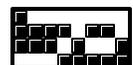
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

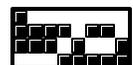
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

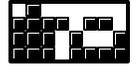
8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.                       Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.                       Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.                       Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

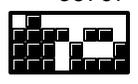
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



### ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✕ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

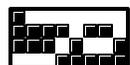
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

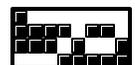
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>				
0	<input type="radio"/>										
1	<input type="radio"/>										
2	<input type="radio"/>										
3	<input type="radio"/>										
4	<input type="radio"/>										
5	<input type="radio"/>										
6	<input type="radio"/>										
7	<input type="radio"/>										
8	<input type="radio"/>										
9	<input type="radio"/>										

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento

**04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>					
1	<input type="radio"/>					
2	<input type="radio"/>					
3	<input type="radio"/>					
4	<input type="radio"/>					
5	<input type="radio"/>					
6	<input type="radio"/>					
7	<input type="radio"/>					
8	<input type="radio"/>					
9	<input type="radio"/>					

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:  1  1 -   -  2  0  0  3

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5  0  0  0  0  0  0  3  2

**CSI County Client Number**

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

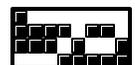
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                  |   |   | - |   |   | - |   |   |   |   |
| 0                                | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1                                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2                                | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3                                | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4                                | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5                                | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6                                | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7                                | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8                                | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9                                | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
- EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)										
			-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

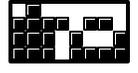
**CSI County Client Number**

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

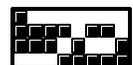
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  1

2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  2

3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  3

4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  4

5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  5

6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  6

7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  7

8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  8

9  0  0  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

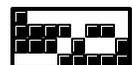
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

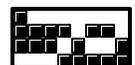
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>											
1	<input type="radio"/>											
2	<input type="radio"/>											
3	<input type="radio"/>											
4	<input type="radio"/>											
5	<input type="radio"/>											
6	<input type="radio"/>											
7	<input type="radio"/>											
8	<input type="radio"/>											
9	<input type="radio"/>											

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.                       Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.                       Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.                       Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>											
1	<input type="radio"/>											
2	<input type="radio"/>											
3	<input type="radio"/>											
4	<input type="radio"/>											
5	<input type="radio"/>											
6	<input type="radio"/>											
7	<input type="radio"/>											
8	<input type="radio"/>											
9	<input type="radio"/>											

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

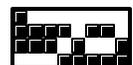
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  2 días  3 a 5 días  6 a 10 días  Más de 10 días  No aplica / No voy a la escuela  No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  
 2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  
 3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  
 4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  
 5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  
 6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  
 7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  
 8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  
 9  0  0  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

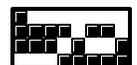
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>									
2	<input type="radio"/>									
3	<input type="radio"/>									
4	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>									
6	<input type="radio"/>									
7	<input type="radio"/>									
8	<input type="radio"/>									
9	<input type="radio"/>									

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.                       Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.                       Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.                       Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>									
2	<input type="radio"/>									
3	<input type="radio"/>									
4	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>									
6	<input type="radio"/>									
7	<input type="radio"/>									
8	<input type="radio"/>									
9	<input type="radio"/>									

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 3 8

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

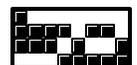
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000039



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

--	--	--	--	--	--
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  0  0  1  1  1  1  1  1  1

2  0  0  2  2  2  2  2  2  2

3  0  0  3  3  3  3  3  3  3

4  0  0  4  4  4  4  4  4  4

5  0  0  5  5  5  5  5  5  5

6  0  0  6  6  6  6  6  6  6

7  0  0  7  7  7  7  7  7  7

8  0  0  8  8  8  8  8  8  8

9  0  0  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	3	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

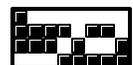
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  1

2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  2

3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  3

4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  4

5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  5

6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  6

7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  7

8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  8

9  0  0  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- |   |                                       |                                    |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Está es mi primera visita aquí.   | <input type="radio"/> 1 a 2 meses     | <input type="radio"/> Más de 1 año |
| <input type="radio"/> He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. | <input type="radio"/> 3 a 5 meses     |                                    |
|   | <input type="radio"/> 6 meses a 1 año |                                    |

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

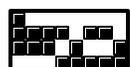
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mí arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

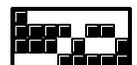
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	0	0	-	0	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	4	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

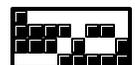
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 4 3

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

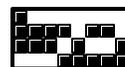
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 500000044



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

--	--	--	--	--	--
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0

1

2

3

4

5

6

7

8

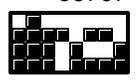
9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

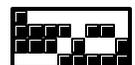
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 4 6

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

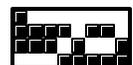
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000047



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

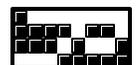
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000048



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-				
0	0	0		0	0		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	4		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	7
8	8	8		8	8		8	8	8	8
9	9	9		9	9		9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento



04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0		0	0		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	4		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	7
8	8	8		8	8		8	8	8	8
9	9	9		9	9		9	9	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos

6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

5	0	0	0	0	0	0	4	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**

- Ref     Imp     Lan     Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- |   |                                   |                                       |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Está es mi primera visita aquí.   | <input type="radio"/> 1 a 2 meses | <input type="radio"/> Más de 1 año    |
| <input type="radio"/> He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. | <input type="radio"/> 3 a 5 meses | <input type="radio"/> 6 meses a 1 año |

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

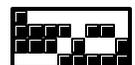
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	4	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

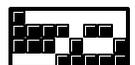
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 5 0



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  1

2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  2

3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  3

4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  4

5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  5

6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  6

7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  7

8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  8

9  0  0  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

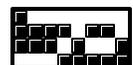
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

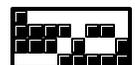
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>											
1	<input type="radio"/>											
2	<input type="radio"/>											
3	<input type="radio"/>											
4	<input type="radio"/>											
5	<input type="radio"/>											
6	<input type="radio"/>											
7	<input type="radio"/>											
8	<input type="radio"/>											
9	<input type="radio"/>											

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 3 a 5 días
  - Más de 10 días
  - No me acuerdo
  - 2 días
  - 6 a 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>											
1	<input type="radio"/>											
2	<input type="radio"/>											
3	<input type="radio"/>											
4	<input type="radio"/>											
5	<input type="radio"/>											
6	<input type="radio"/>											
7	<input type="radio"/>											
8	<input type="radio"/>											
9	<input type="radio"/>											

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

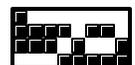
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

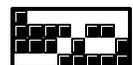
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

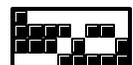
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>											
1	<input type="radio"/>											
2	<input type="radio"/>											
3	<input type="radio"/>											
4	<input type="radio"/>											
5	<input type="radio"/>											
6	<input type="radio"/>											
7	<input type="radio"/>											
8	<input type="radio"/>											
9	<input type="radio"/>											

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-						
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>									
2	<input type="radio"/>									
3	<input type="radio"/>									
4	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>									
6	<input type="radio"/>									
7	<input type="radio"/>									
8	<input type="radio"/>									
9	<input type="radio"/>									

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	0	0		0	0		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	4		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	7
8	8	8		8	8		8	8	8	8
9	9	9		9	9		9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
0	●	0		0	●		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	●		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	●
8	8	8		8	8		8	8	●	8
9	9	9		9	9		9	●	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

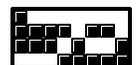
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 5 7



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 

<input type="radio"/> Anglosajón / Blanco	<input type="radio"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Raza desconocida
<input type="radio"/> Africano Americano	<input type="radio"/> Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas	
<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> Otra raza	
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)	EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  1. Escriba la fecha de nacimiento →  2. Llene los círculos que corresponden	Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) <b>04 - 30 - 1987</b> <table style="font-size: small;"> <tr><td>0</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>1</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input checked="" type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>9</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9	<input type="radio"/>																																																																			
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																	
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																													
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
 

<input type="radio"/> Ningún arresto	<input type="radio"/> 1 arresto	<input type="radio"/> 2 arrestos	<input type="radio"/> 3 arrestos	<input type="radio"/> 4 o más arrestos
--------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
 

<input type="radio"/> 1 día o menos	<input type="radio"/> 3 a 5 días	<input type="radio"/> Más de 10 días	<input type="radio"/> No me acuerdo
<input type="radio"/> 2 días	<input type="radio"/> 6 a 10 días	<input type="radio"/> No aplica / No voy a la escuela	
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 

<input type="radio"/> No necesite ayuda.	<input type="radio"/> Un entrevistador profesional me ayudó.
<input type="radio"/> Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.	<input type="radio"/> Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
<input type="radio"/> Otro consumidor de salud mental me ayudó.	<input type="radio"/> Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
<input type="radio"/> Un miembro de mi familia me ayudó.	<input type="radio"/> Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:    

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:     01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:     01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:     01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

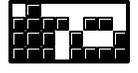
**CSI County Client Number**

0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

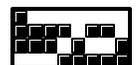
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	5	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

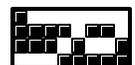
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	5	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

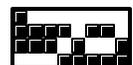
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 6 0



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	6	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

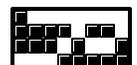
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	6	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

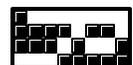
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	6	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

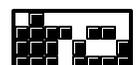
□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

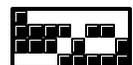
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000063



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:    

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

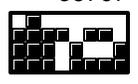
**CSI County Client Number**

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	6	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)
- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
- EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)
1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**
2. Llene los círculos que corresponden
- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 1 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	6	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

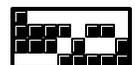
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

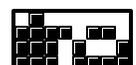
□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

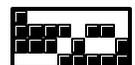
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	6	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

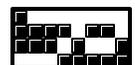
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000067



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□	
0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8		8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9		9	9	9	9	9	9	9	9

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año  
○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. ○ 3 a 5 meses ○ 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

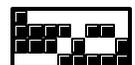
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respeto.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	6	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

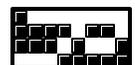
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continúe a la siguiente página...*



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-				
0	0	0		0	0		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	4		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	7
8	8	8		8	8		8	8	8	8
9	9	9		9	9		9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento



04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
0	●	0		0	●		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	●		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	●
8	8	8		8	8		8	8	●	8
9	9	9		9	9		9	●	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

5	0	0	0	0	0	0	6	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

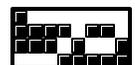
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>										
1	<input type="radio"/>										
2	<input type="radio"/>										
3	<input type="radio"/>										
4	<input type="radio"/>										
5	<input type="radio"/>										
6	<input type="radio"/>										
7	<input type="radio"/>										
8	<input type="radio"/>										
9	<input type="radio"/>										

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.                       Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.                       Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.                       Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>										
1	<input type="radio"/>										
2	<input type="radio"/>										
3	<input type="radio"/>										
4	<input type="radio"/>										
5	<input type="radio"/>										
6	<input type="radio"/>										
7	<input type="radio"/>										
8	<input type="radio"/>										
9	<input type="radio"/>										

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	7	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

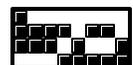
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continúe a la siguiente página...*



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>									
2	<input type="radio"/>									
3	<input type="radio"/>									
4	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>									
6	<input type="radio"/>									
7	<input type="radio"/>									
8	<input type="radio"/>									
9	<input type="radio"/>									

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 3 a 5 días
  - Más de 10 días
  - No me acuerdo
  - 2 días
  - 6 a 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>									
2	<input type="radio"/>									
3	<input type="radio"/>									
4	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>									
6	<input type="radio"/>									
7	<input type="radio"/>									
8	<input type="radio"/>									
9	<input type="radio"/>									

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 7 1

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

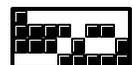
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000072



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

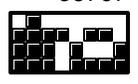
**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	7	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

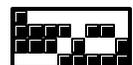
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 3 a 5 días
  - Más de 10 días
  - No me acuerdo
  - 2 días
  - 6 a 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 7 3

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

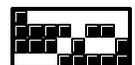
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	7	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

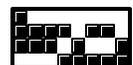
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>									
2	<input type="radio"/>									
3	<input type="radio"/>									
4	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>									
6	<input type="radio"/>									
7	<input type="radio"/>									
8	<input type="radio"/>									
9	<input type="radio"/>									

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.                       Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.                       Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.                       Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.                       Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>									
1	<input type="radio"/>									
2	<input type="radio"/>									
3	<input type="radio"/>									
4	<input type="radio"/>									
5	<input type="radio"/>									
6	<input type="radio"/>									
7	<input type="radio"/>									
8	<input type="radio"/>									
9	<input type="radio"/>									

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 7 5

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

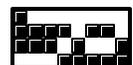
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 7 6



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 7 6

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✕ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

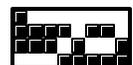
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continúe a la siguiente página...*



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  
 2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  
 3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  
 4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  
 5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  
 6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  
 7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  
 8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  
 9  0  0  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

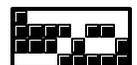
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

- 1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
- 2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
- 3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
- 4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-				
0	0	0		0	0		0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3
4	4	4		4	4		4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	7
8	8	8		8	8		8	8	8	8
9	9	9		9	9		9	9	9	9

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

**04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

- 5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos

- 6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo

- 7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No

- 8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No

- 9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

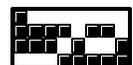
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	7	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

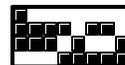
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mí arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

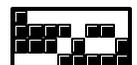
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	8	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 3 a 5 días
  - Más de 10 días
  - No me acuerdo
  - 2 días
  - 6 a 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

□	□
---	---

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

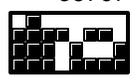
0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

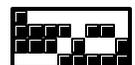
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento

**04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos

6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	8	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

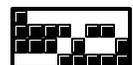
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000084



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 1. Escriba la fecha de nacimiento →  
 2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  0  0  1  1  1  1  1  1  1  
 2  0  0  2  2  2  2  2  2  2  
 3  0  0  3  3  3  3  3  3  3  
 4  0  0  4  4  4  4  4  4  4  
 5  0  0  5  5  5  5  5  5  5  
 6  0  0  6  6  6  6  6  6  6  
 7  0  0  7  7  7  7  7  7  7  
 8  0  0  8  8  8  8  8  8  8  
 9  0  0  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	8	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

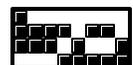
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco                       Indio Americano / Nativo de Alaska                       Raza desconocida
  - Africano Americano                       Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático                       Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 8 6

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

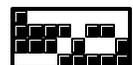
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



# Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

			-			-				
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

- Escriba la fecha de nacimiento →
- Llene los círculos que corresponden

			-			-				
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
- Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
- 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo
  - 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:      -   -

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

**CSI County Client Number**

0	<input type="radio"/>							
1	<input type="radio"/>							
2	<input type="radio"/>							
3	<input type="radio"/>							
4	<input type="radio"/>							
5	<input type="radio"/>							
6	<input type="radio"/>							
7	<input type="radio"/>							
8	<input type="radio"/>							
9	<input type="radio"/>							

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

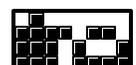
□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

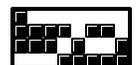
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

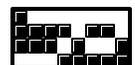
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--

0									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

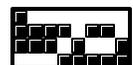
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
- Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0  0  0  0  0  0  0  0  0

1  1  1  1  1  1  1  1  1

2  2  2  2  2  2  2  2  2

3  3  3  3  3  3  3  3  3

4  4  4  4  4  4  4  4  4

5  5  5  5  5  5  5  5  5

6  6  6  6  6  6  6  6  6

7  7  7  7  7  7  7  7  7

8  8  8  8  8  8  8  8  8

9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref  Imp  Lan  Oth

5	0	0	0	0	0	0	9	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 3 a 5 días
  - Más de 10 días
  - No me acuerdo
  - 2 días
  - 6 a 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:    

1	1
---	---

 -    

--	--

 -    

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #2:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

County Question #3:     01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
                                    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0    0    0    0    0    0    0    0    0    0

1    0    0    1    1    1    1    1    0    0

2    0    0    2    2    2    2    2    0    0

3    0    0    0    0    0    0    0    0    0

4    0    0    4    4    4    4    4    0    0

5    0    0    0    0    0    0    0    0    0

6    0    0    0    0    0    0    0    0    0

7    0    0    7    7    7    7    7    0    0

8    0    0    0    0    0    0    0    0    0

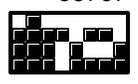
9    0    0    0    0    0    0    0    0    0

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5	0	0	0	0	0	0	9	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

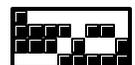
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - SP - 500000094





**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

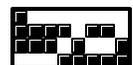
**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 0 9 5



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
  - Anglosajón / Blanco
  - Indio Americano / Nativo de Alaska
  - Raza desconocida
  - Africano Americano
  - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
  - Asiático
  - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

--	--	--	--	--	--

**EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

--	--	--	--	--	--
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
  - Ningún arresto
  - 1 arresto
  - 2 arrestos
  - 3 arrestos
  - 4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?
  - 1 día o menos
  - 2 días
  - 3 a 5 días
  - 6 a 10 días
  - Más de 10 días
  - No aplica / No voy a la escuela
  - No me acuerdo
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
  - No necesite ayuda.
  - Un entrevistador profesional me ayudó.
  - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
  - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
  - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
  - Un miembro de mi familia me ayudó.
  - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 

1	1
---	---

 - 

--	--

 - 

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--

0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

**Reason:**

Ref     Imp     Lan     Oth

5 0 0 0 0 0 0 9 5

38767



**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

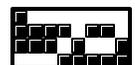
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?     Femenino     Masculino     Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco     Indio Americano / Nativo de Alaska     Raza desconocida  
 Africano Americano     Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas  
 Asiático     Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  
 [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
- EJEMPLO:** Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:  
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)  
 04 - 30 - 1987
1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que corresponden
5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos     3 a 5 días     Más de 10 días     No me acuerdo  
 2 días     6 a 10 días     No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?     Sí     No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.     Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.     Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.     Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.     Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: [ 1 ] [ 1 ] - [ ] [ ] - [ 2 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 3 ]

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**CSI County Client Number**

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  
 1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  
 2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  
 3  3  3  3  3  3  3  3  3  3  
 4  4  4  4  4  4  4  4  4  4  
 5  5  5  5  5  5  5  5  5  5  
 6  6  6  6  6  6  6  6  6  6  
 7  7  7  7  7  7  7  7  7  7  
 8  8  8  8  8  8  8  8  8  8  
 9  9  9  9  9  9  9  9  9  9

**Reason:**  
 Ref     Imp     Lan     Oth

[ 5 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 9 ] [ 6 ]

38767







**ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)\* - Para jóvenes entre 13-18 años**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Como resultado de los servicios que recibí:**

16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>					
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>					
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>					

22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continúe a la siguiente página...

50 - Y - S P - 5 0 0 0 0 0 9 8



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	9	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767





**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

1. ¿Cuál es su sexo?  Femenino  Masculino  Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)  
 Anglosajón / Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  Raza desconocida  
 Africano Americano  Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas  
 Asiático  Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?  
 Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos
6. ¿Con cuánta frecuencia, faltó usted a clases durante el **MES pasado**?  
 1 día o menos  3 a 5 días  Más de 10 días  No me acuerdo  
 2 días  6 a 10 días  No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió?  Sí  No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):  
 No necesite ayuda.  Un entrevistador profesional me ayudó.  
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.  Mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Otro consumidor de salud mental me ayudó.  Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.  
 Un miembro de mi familia me ayudó.  Alguien más me ayudó. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

5	0	0	0	0	0	0	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CSI County Client Number**

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

**Reason:**

Ref  Imp  Lan  Oth

38767

